UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Année 1973 **THÈSE** N° 145

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

SERGE **DISEGNI**

né le : 30.9.47

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PRESENTATION D'UN HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS ET BILAN DE CINQ ANNEES DE FONCTIONNEMENT

Président : Professeur Jean Lapresle

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549212_0023

UNIVERSITÉ DE PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Année 1973 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplome d'état)

PAR

SERGE **DISEGNI**

né le : 30.9.47 -

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PRESENTATION D'UN HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS ET BILAN DE CINQ ANNEES DE FONCTIONNEMENT

Président : Professeur Jean Lapresle

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Serge D I S E G N I

PRESENTATION D'UN HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS

ET

BILAN DE CINQ ANNEES DE FONCTIONNEMENT

à tous les miens

à mes amis

à mes Maîtres

Monsieur le Professeur François LHERMITTE
Monsieur le Professeur Gilbert DREYFUS
Monsieur le Professeur André BUGE
Monsieur le Professeur Georges BOUDIN

Monsieur Roger MISES, Médecin-Directeur de la Fondation Vallée

que je remercie de m'avoir accueilli, de m'avoir fourni le sujet de cette étude et de m'avoir aidé à la mener à bien.

Madame Jeannine PIRET, Médecin-Chef du Service II à l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif.

à chacun des membres de l'Equipe de l'Hôpital de Jour où j'ai travaillé avec un intérêt et un plaisir quotidiens.

- aux Docteurs BALIER et FRECOURT
  et aux Equipes de l'Atelier Thérapeutique
  de la rue Wurtz (Paris XIIIe)

- à l'Equipe du dispensaire d'hygiène mentale
  de Gentilly

- à l'Equipe de l'Externat-Médico-Pédagogique
  de l'Hay-les-Roses

- aux Equipes du Service II à Villejuif

au Professeur Jean LAPRESLE qui a bien voulu
accepter la présidence du Jury.

AVANT PROPOS

Ce travail, fait au terme d'une année de stage à l'Hôpital de Jour de la Fondation Vallée, dans le cadre du CES de Psychiatrie comprend deux parties complémentaires quoique de nature différente.

La première partie est directement liée à l'expérience : après avoir présenté séparément chacun des membres de l'Equipe et tenté de définir son rôle, dans la vie de l'Etablissement, nous avons montré comment fonctionnaient l'Hôpital de Jour et son Equipe, considérée cette fois comme un tout, en évoquant en cours de route les principaux problèmes qui se posent dans l'exercice quotidien de l'action thérapeutique cinq ans après l'ouverture.

La seconde partie est le résultat d'une étude de dossiers qui a permis de dresser un bilan aussi objectif que possible des cinq années de fonctionnement. Elle comprend surtout des données numériques ainsi que les principales réflexions qu'elles entraînent.

INTRODUCTION

L'Hôpital de Jour pour Enfants occupe une place originale dans l'ensemble des dispositifs thérapeutiques destinés à l'enfance inadaptée. Il vient combler la lacune qui existait dans la structure traditionnelle entre les dispensaires, les centres de traitement ambulatoires d'une part et d'autre part les institutions qui séparent l'enfant de son milieu familial : hôpitaux, centres d'observation, internats médico-pédagogiques, centres de rééducation pour "caractériels".

L'ouverture d'Hôpitaux de Jour a été précédée par la création d'un grand nombre de centres de traitements ambulatoires, comme les centres de guidance, les dispensaires, et les CMPP (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques) où sont pratiquées dans le cadre d'une action intensive et polydimensionnelle des psychothérapies, des rééducations, du rattrapage scolaire dont l'application conjointe est requise par certains enfants.

Parallèlement, se sont créés des EMP (Externats Médico-Pédagogiques) qui reçoivent pendant toute la journée des inadaptés scolaires bénéficiant, sous contrôle médical, des méthodes de pédagogie spécialisée et de rééducation des troubles lexicographiques ou psychomoteurs ; cependant ces EMP se placent essentiellement dans une perspective de réintégration scolaire, l'accent y est mis sur les difficultés d'ordre pédagogique ; les moyens proprement thérapeutiques apparaissent alors secondaires ce qui ne doit pas étonner puisqu'on ne recherche pas ici, une transformation radicale de la personnalité.

A première vue, l'Hôpital de Jour réalise une synthèse des dispositifs précédents :
- aux centres de traitement ambulatoires les mieux équipés, les plus dynamiques, il emprunte l'orientation psychothérapique, les moyens techniques d'une extrême densité et la perspective d'une transormation qui vise au-delà des symptômes la personnalité de l'enfant
- de l'EMP, l'Hôpital de Jour tire le principe d'une prise en charge pendant toute la journée, tous les jours ouvrables, et suffisamment longtemps pour que le résultat recherché soit acquis.

Ainsi, l'Hôpital de Jour offre l'avantage de permettre un traitement intensif de l'enfant et du milieu familial sans pour autant que soit consommée une séparation totale dont les inconvénients ont été maintes fois soulignés.

Cependant, l'Hôpital de Jour n'est pas la conjonction ou l'amalgame d'instruments employés ailleurs et réunis dans un ensemble thérapeutique polyvalent. Ce sont des Pédopsychiatres de formation psychanalytique qui ont mis en place les Hôpitaux de Jour, solution à leurs exigences dans le perfectionnement des dispositifs préexistants, les uns traditionnels : les établissements à séjour prolongé, les autres plus récemment apparus ; les centres de traitements ambulatoires. Grâce à ce nouvel instrument ils ont apporté un changement radical à l'orientation des soins destinés à l'enfance inadaptée.

SITUATION GEOGRAPHIQUE

LES INDEX

L'Hôpital de Jour, qui a ouvert ses portes en avril [illegible] est situé dans les murs même de la Fondation Vallée, à Gentilly.
Il fait partie du dispositif d'un SECTEUR de pédo-psychiatrie comprenant huit communes urbaines à forte concentration de population qui groupent environ deux cent cinquante mille habitants. Les 21 enfants, garçons et filles qu'il reçoit sont donc domiciliés à sa proximité immédiate. Les avantages de l'implantation de l'Hôpital de Jour dans un établissement hospitalier sont indiscutables : les locaux existaient déjà ce qui a permis l'exécution rapide du projet, par ailleurs les enfants de l'Hôpital de Jour peuvent bénéficier d'installations (telles que le gymnase, les terrains de jeux etc.) qu'ils partagent avec les autres enfants de la Fondation, de plus, les repas, le transport en car, l'entretien des locaux sont assurés par les Services Généraux de l'établissement.

Certains locaux (bureaux, locaux de rééducation ...) sont également communs au dispensaire d'hygiène mentale de Gentilly, (également situé dans les murs de la Fondation) et au reste de l'Etablissement.

Ainsi, outre les avantages strictement matériels apparaît un premier facteur d'UNITE de l'équipe du secteur dont les membres sont appelés à travailler sur le même lieu, tantôt dans une consultation externe, tantôt sur l'Hôpital de Jour, tantôt sur l'hôpital à séjour complet. Ainsi, un enfant, quelle que soit sa prise en charge pourra être suivi par la même médecin, le même thérapeute (psychothérapeute, thérapeutes par médiation instrumentale etc.) tout au long de son évolution.

L'Hôpital de Jour se compose de deux unités symétriques comptant chacune une classe et une salle d'activités éducatives d'environ 35 m2 de superficie. Dans la partie centrale, autour du hall d'entrée se trouvent deux salles à manger, un office débouchant sur la cour de jeux, les locaux sanitaires (W.C. et lavabos) ainsi que le bureau médical où ont lieu les réunions d'équipe, le bureau de la Surveillante et une petite salle d'activités d'environ 20 m2 de superficie. Dans la cour de jeux se trouvent un bac à sable, une pataugeoire, et l'atelier de poterie qui peut recevoir ... 6 enfants.

L'Hôpital de Jour fonctionne quotidiennement, de 9 h à 17 h sauf samedi et dimanche. Il est fermé au mois d'août.

L'E.CIPL

et

LE SC.FLY

L'Equipe de l'Hôpital de Jour comprend treize membres "fixes"

le médecin

les trois psychologues

les quatre éducateurs

la surveillante

l'assistante sociale

les quatre enseignants (instituteurs et institutrices)

et le professeur de musique

il vient s'y ajouter

l'interne

l'externe

et un stagiaire éducateur, qui ne participent au travail du service que pour un temps limité. En outre, le Médecin chef de la Fondation Vallée participe selon les besoins aux réunions de synthèse ou aux réunions de l'Equipe.

Comme dans toute institution, il est souhaitable, nécessaire même que chaque membre de l'équipe demeure à son poste le plus longtemps possible. Dans l'idéal il devrait l'occuper définitivement ceci pour que puisse s'effectuer un investissement mutuel de lui et des autres, une connaissance, une acceptation, une reconnaissance réciproque de la personne, ses compétences son rôle et ce dans le but d'une cohésion de l'Equipe, d'une continuité de l'action thérapeutique indispensables au travail entrepris.

LE MEDECIN

C'est dans ce souci de continuité qu'on a choisi que le médecin ait le statut d'Attaché Vacataire ce qui lui permet de rester à son poste pour une durée que rien ne limite sur le plan administratif.

Dans l'esprit de la Pédo-psychiatrie moderne et conformément à l'orientation de toute la Fondation Vallée c'est à un Psychiatre d'enfant de formation psychanalytique que la fonction est attribuée.

Plutôt que de prétendre à un rôle de chef qui règlerait à lui seul le fonctionnement du service, le médecin va tenter de se dégager autant que possible des schémas hiérarchiques classiques où le reste de l'Equipe -et les familles- pourraient parfois tendre à l'enfermer faisant ainsi de lui l'incarnation d'une autorité paralysante pour les autres. Lorsqu'il s'est libéré de ce schéma caricatural il peut alors être un membre du groupe dont la spécificité est d'avoir une certaine formation, un savoir, une expérience dont il va faire bénéficier les autres dans le but commun son action gagne alors en souplesse et permet une

La tâche proprement médicale du médecin conserve une place fondamentale. Lors des entretiens avec la famille de l'enfant, et tout particulièrement lors du premier entretien, celui où est recueillie l'anamnèse, à côté de l'écoute psychiatrique et psychanalytique une écoute purement médicale est indispensable afin de reconnaître au passage tous les épisodes pathologiques organiques qu'a connus l'enfant et de savoir si, le cas échéant ils ont pu jouer un rôle dans la survenue des désordres psychiques. C'est le médecin qui organise aussi le bilan d'entrée et demande quand besoin en est les examens complémentaires.

Il existe à la Fondation Vallée un laboratoire d'EEG et deux postes de spécialistes pour le dentiste et l'O.R.L.

Pour toutes les autres investigations, biologiques, radiologiques ou de spécialités il est fait largement appel aux services de l'Hôpital de Bicêtre, tout proche.

Il arrive que certains enfants soient déjà suivis dans des consultations extérieures pour des troubles organiques. Dans ce cas, l'Hôpital de Jour entre en relation avec ces services où les enfants continueront à être suivis car il est souhaitable qu'une séparation claire soit faite entre troubles psychiatriques et désordres organiques pour ne pas que la relation médecin - parents se trouve diluée et déviée de son orientation psychothérapique, que l'angoisse de la maladie mentale et des conflits qu'elle traduit ne puisse se cristalliser sur des préoccupations organiques, privant alors l'action thérapeutique de cet important élément mobilisateur dont elle dispose. Les familles semblant avoir bien senti cette option et rares sont les fois où ils demandent un entretien pour des motifs strictement organiques, encore qu'au tout début de la prise en charge, certaines veuillent croire que les résultats du bilan systématique, notamment l'EEG ou les tests vont apporter la clé des problèmes que pose leur enfant.

Le Psychiatre est donc un médecin, qui va faire le diagnostic d'éventuels troubles organiques - comitialité, troubles de l'audition ou de la vue etc . - mais qui va aussitôt faire appel à un confrère spécialiste pour pouvoir rester le psychiatre. Ajoutons enfin que le médecin prescrit les médications psychotropes des enfants qui en ont besoin (un quart d'entre eux environ ont des neuroleptiques mineurs, à doses modérées ; les traitements anticomitiaux sont réglés par un spécialiste et intéressent 15 % des enfants.

LES PSYCHOLOGUES

Trois psychologues sont attachées à l'Hôpital de Jour. La place qu'elles y occupent témoigne de l'évolution du statut de psychologue depuis 1942 où furent créés les premiers postes dans des services publics d'hygiène mentale. Les psychologues se bornaient alors à faire passer des tests de niveau avant l'arrivée du médecin ou, sur la prescription de ce dernier des tests, plus complexes. En 1949 leur est attribué en outre une fonction psychothérapique. Rapidement, elles deviennent de plus en plus nécessaires et deviennent des membres à part entière de l'équipe soignante et leur rôle va être consacré par l'avènement de la politique de secteur. Chacune des trois psychologues fait passer des tests ou fait des psychothérapies mais garde un rôle spécifique, l'une étant plus particulièrement chargée des tests, l'une des psychothérapies, l'autre ayant davantage un rôle institutionnel.

Nous verrons au chapitre du fonctionnement de l'équipe que par leur formation et une technique très souple, les psychologues ont réussi à faire du test un outil beaucoup plus riche et vivant qu'il n'était autrefois.

Les psychothérapies systématisées ont pour référence théorique de base la Psychanalyse Freudienne et ses prolongements vers la Psychiatrie de l'Enfant en fonction de quoi elles sont pratiquées par des personnes qui ont reçu une formation psychanalytique suffisante. Ces psychothérapies sont entreprises à la suite d'une discussion de l'Equipe tout entière et peuvent être contrôlées directement, dans des groupes spécialement constitués à la Fondation Vallée, ou indirectement sur l'évolution de l'enfant concerné telle qu'elle est perçue par l'Equipe et par son entourage.

La psychologue "institutionnelle" a en particulier un rôle de liaison de par sa formation elle est mieux placée que le médecin pour communiquer avec les pédagogues et les rééducateurs, pour leur permettre de faire la part des problèmes instrumentaux et des troubles affectifs devant une insuffisance des résultats obtenus. En outre, elle est plus présente que le médecin (deux fois plus), elle est donc plus disponible pour l'Equipe éducative que lui connaît mieux cette équipe, est mieux connue d'elle ; elle connaît le groupe en tant qu'ensemble doué d'une dynamique particulière elle est moins investie au plan hiérarchique que le médecin. Tout cela lui donne une place privilégiée de soutien parmi les éducateurs, tant du point de vue professionnel que de celui personnel. Il est aisé de faire appel à elle lorsqu'on est dérouté par le comportement d'un enfant et "qu'on ne sait plus quoi faire", en attendant que la discussion soit portée au niveau de l'Equipe entière.

C'est aussi à elle qu'on préfère se confier lorsqu'apparaissent des difficultés plus profondes nées par exemple de l'excès de la tension à soutenir parmi des enfants angoissés et angoissants, ou des conflits inévitables qui naissent entre les membres de l'Equipe. Mais trois risques existent :

- faire intrusion dans les problèmes personnels
- perdre son rôle spécifique de psychologue "institutionnelle" en entrant dans une relation thérapeutique individuelle.
- déformer le mouvement dynamique du groupe tous les conflits devant en fait être verbalisés lors des réunions de l'Equipe entière.

C'est pourquoi elle garde le maximum de distance et s'efforce de ramener les problèmes auxquels on la confronte à une dimension institutionnelle.

Le partage des tâches entre le médecin et les psychologues reste fondé sur le maintien de la spécificité de l'acte médical qui ne se laisse réduire à aucun autre. Les psychologues se substituent donc au médecin dans plusieurs tâches, mais sous réserve que soit repris en commun l'examen des problèmes. Il n'aurait pas été possible au médecin de faire face à une demande toujours croissante s'il n'avait point eu la possibilité de partager certaines tâches avec les psychologues.

Beaucoup de points sont communs au médecin et aux psychologues, dans les autres domaines, ils se complètent utilement ce qui est rendu particulièrement facile dans une structure telle que l'Hôpital de Jour, et qui aboutit à une élévation notable du rendement.

L'INTERNE

Aux membres "fixes" de l'Equipe vient s'ajouter un interne ou un stagiaire de CES. Sa tâche est tout à fait différente que celle qu'il aurait dans un service d'adultes dit "classique". Sa formation de Psychiatre exigeant de lui qu'il effectue plusieurs stages distincts, la durée de son passage à l'Hôpital de Jour ne pourra excéder un an, d'autant qu'il s'agit d'un poste très demandé. Et pendant cette année, de longs mois lui sont nécessaires pour trouver sa place et son rôle, et pour que l'Equipe qui, conformément aux lois du groupe aura d'abord en tendance à le rejeter, puisse l'accepter. Pour cela, un an est aussi un minimum. Du fait qu'il est en formation, il ne peut avoir les connaissances et l'expérience pédo-psychiatrique et psychanalytique suffisantes par rapport à la différenciation très poussée de l'Etablissement.

Ainsi, pour des raisons de continuité et de qualification son rôle ne sera-t-il que modeste comparé à celui du médecin attaché qui lui a achevé sa formation et qui a un statut administratif lui permettant d'occuper son poste pour une durée illimitée.

Pendant sa période d'adaptation au travail institutionnel, le futur psychiatre qui vient souvent de services de Psychiatrie où son rôle était clairement défini a du mal à saisir le but de sa présence. Il se mêle aux enfants, parle et joue avec eux, il assiste, encore en étranger, au travail en réunions de l'Equipe, aux entretiens avec les familles, aux synthèses dont il rédige les compte-rendus. Mais rapidement, son intérêt va se trouver mobilisé et il va peu à peu se sentir impliqué dans sa tâche. En réponse, l'Equipe l'investit, il peut alors participer à part entière à la vie du groupe examinant seul des enfants, recevant des familles, tenant à jour les dossiers, il allège ainsi la tâche du médecin, ce qui aboutit à un meilleur rendement, et peut se joindre à la réflexion commune lors des réunions, en apportant le matériel utile qu'il aura pu saisir au cours de ses activités.

Un tel stage, s'il n'est pas l'occasion de confronter le psychiatre en formation à plusieurs dizaines de patients divers -comme c'est le cas par exemple en pratique asilaire-, lui permet d'élaborer une compréhension étendue et précise de malades suffisamment démonstratifs quoiqu'en nombre relativement limité. D'une haute valeur didactique, il apporte au futur spécialiste de solides bases de psychiatrie infantile ainsi qu'une expérience institutionnelle originale qui compensent largement sa frustration de ne jouer aucun rôle thérapeutique direct.

L'EXTERNE

Il a un rôle proche, son stage trop court sans doute (six mois), lui permet néanmoins de mettre à l'épreuve, le cas échéant, son intérêt pour la Psychiatrie.

LES EDUCATEURS

L'Equipe éducative (où nous n'incluons pas les instituteurs) se compose de quatre membres -une éducatrice, une infirmière, un éducateur, un infirmier ayant un rôle identique malgré leur formation différente. Un homme et une femme s'occupent ensemble de chacun des deux groupes de douze enfants, cette partie de l'Equipe à laquelle vient s'ajouter la Surveillante de l'Hôpital de Jour pour former ce que nous appellerons "l'équipe de base" a pour tâche d'assurer un encadrement CONTINU des enfants, c'est-à-dire quotidiennement et d'un bout à l'autre du temps de la prise en charge de la journée.

C'est là un point FONDAMENTAL du fonctionnement de l'Hôpital de Jour lorsqu'on sait les inévitables inconvénients d'une rotation de plusieurs équipes dans la journée telle qu'elle est nécessairement réalisée dans les internats où la prise en charge dure 24 h sur 24 h. La tâche est certes lourde mais cette formule rendue possible par les horaires de fonctionnement évite les difficultés de transmission, le partage et la dilution des responsabilités, les veilles, l'immobilisation des jours fériés etc.. Les membres de l'équipe de base peuvent ainsi organiser leurs loisirs, leurs activités personnelles sans qu'il y ait conflit entre la vie familiale et la vie professionnelle ; en outre l'action thérapeutique y gagne en continuité et donc en efficacité.

LA SURVEILLANTE

Elle est Infirmière des Hôpitaux Psychiatriques. En dehors des réunions qui regroupent l'Equipe dans son ensemble elle fait le lien entre l'équipe éducative et ceux dont la présence est intermittente. Elle a aussi un rôle important d'organisation au sens administratif (horaires, entrées, sorties, problèmes de matériel etc.) Parfois investie comme une image parentale coercitive, objet de revendications et de projections elle doit, par son attitude neutre se tenir à l'écart de tout conflit et renvoyer le débat au groupe, parfois grâce à l'aide de la psychologue institutionnelle.

L'ASSISTANTE SOCIALE

Par sa fonction, l'Assistante Sociale de l'Hôpital de Jour a l'originalité d'assurer le lien entre l'institution et l'extérieur. Son action déborde très largement la prise en charge à l'Hôpital de Jour. C'est elle qui reçoit les demandes d'admission, et centralise les renseignements sociaux et médicaux concernant les enfants et leur famille pour les soumettre à l'Equipe ; tout au long de la prise en charge elle garde le contact avec tous les organismes sociaux, scolaires, médicaux que l'enfant intéresse en vue d'une action concertée. Lorsque la sortie d'un enfant est prévue, c'est elle qui va l'aménager en fonction des décisions communes et grâce à ces mêmes contacts. L'Assistante Sociale doit être complètement insérée dans l'Equipe, connaître d'une façon approfondie tous les problèmes posés par chaque enfant et sa famille, et parallèlement connaître toutes les structures susceptibles, au dehors, d'accueillir les sortants, que ce soient des structures "normales" ou des structures

spécialisées du secteur ou hors secteur, lorsqu'une réadaptation complète n'a pas été obtenue : écoles, classes de transition, de perfectionnement, d'adaptation, établissements médico-pédagogiques ou médico-professionnels, dispensaires d'hygiène mentale, internats.

Cette évocation de la tâche de l'Assistante Sociale conduit à situer l'Hôpital de Jour dans le secteur.

Rappelons que la politique de secteur consiste à une seule équipe médicale et médico-sociale suffisamment étoffée la charge de la santé mentale dans une aire géographique donnée, groupant, pour la pédopsychiatrie, 250 000 habitants, cette équipe devant disposer de l'ensemble des moyens nécessaires. C'est là que se place l'Hôpital de Jour, avec les centres de diagnostic et de traitements ambulatoires, les Hôpitaux à séjour complet, les Centres d'Assistance par le Travail, etc. Notons que ce dispositif vise essentiellement les cas structurés et évolutifs y compris les déficients mentaux. Cependant, les enfants relevant de structures purement médico-pédagogiques continuent à être reçus dans des établissements spécialisés qui ne sont pas inclus au dispositif de secteur.

Dès son ouverture, l'Hôpital de Jour a fonctionné dans cette perspective qui présente d'innombrables avantages : d'abord, l'appareil de dépistage et de soins se situe au sein même de la population à qui il est destiné, facilitant ainsi, les contacts et rendant possible son acceptation. L'Equipe de Secteur a d'ailleurs fait toute une campagne d'information dans les différents milieux où vit l'enfant :

- tout d'abord pour sensibiliser les familles aux difficultés, aux anomalies qui peuvent survenir au cours du développement affectif et intellectuel d'un enfant avec suffisamment de nuances pour ne pas créer d'anxiété excessive, où même, une véritable phobie de la maladie mentale.
- ensuite le milieu scolaire, où les troubles s'extériorisent souvent avec une particulière netteté et qui constitue un appareil de dépistage privilégié puisqu'il accueille toute la population infantile du Secteur, et que c'est avec lui que les relations d'information sont les plus aisées en raison de la formation pédagogique de ses membres et de leur regroupement en nombre limité dans un lieu commun. De plus,

en collaboration avec les Assistantes Sociales et les psychologues scolaires, des exposés et des réunions d'information à l'usage des parents et des instituteurs ont été organisées.
- enfin les services publics, mairies, services sociaux, etc, dont l'aide est capitale.

La situation de l'Hôpital de Jour dans un ensemble regroupant plusieurs éléments différenciés est de la plus haute importance : à tout moment, on peut reconsidérer les modalités de sa prise en charge.
- s'il évolue dans un sens favorable, il est facile, après préparation de se limiter à une simple action psychothérapique, une rééducation instrumentale ambulatoire ou l'orientation sur un circuit de plus en plus proche du circuit "normal".
- si au contraire, l'évolution est défavorable, et qu'une séparation du milieu familial est souhaitable, un placement en internat est toujours possible.

Ainsi, l'Equipe thérapeutique dispose d'une large gamme d'action, à l'aide de structures différentes selon les moments évolutifs avec une grande facilité de passer de l'une à l'autre ; elle n'est plus placée devant des options définitives lourdes de conséquences, de plus, l'enfant et sa famille seront suivis par les mêmes médecins, les mêmes psychothérapeutes, les mêmes rééducateurs et la famille trouvera en face d'elle la même équipe médico-sociale.

L'EQUIPE PEDAGOGIQUE

Elle comprend quatre membres. Trois d'entre eux occupent un poste à plein temps et reçoivent dans leur classe les enfants scolarisables de l'Hôpital de Jour. Une institutrice, à mi-temps a pour rôle d'aider quelques enfants (trois au cours de l'année 71-72) dont les possibilités trop réduites ne permettent qu'un apprentissage scolaire.

Ces enseignants qui dépendent de l'Education Nationale sont généralement spécialisés et ont parfois déjà eu l'expérience des enfants inadaptés.

La constitution des classes, peut se faire selon des critères d'âge ou de niveau. Mais l'enseignant, selon ses options personnelles va plutôt se fonder sur son intuition et constituer sa classe, après discussion avec ses collègues au sein de l'Equipe. Les enfants dont il va s'occuper n'ont parfois rien de commun entre eux mais sont réunis avec le souci qu'ils puissent se stimuler les uns les autres dans un ensemble dynamique.

LE PROFESSEUR DE MUSIQUE

Qui appartient à l'équipe pédagogique se partage entre l'Hôpital de Jour et le reste de la Fondation Vallée. Il propose aux enfants qui le désirent de multiples activités centrées sur la créativité dans le domaine sonore. Son travail mériterait à lui seul d'être l'objet d'une étude prolongée et approfondie.

LES ACTIVITES SCOLAIRES

Dans une conception globale et dynamique de la personnalité, les troubles spécifiquement scolaires présentés par un enfant n'apparaissent que comme les symptômes d'une perturbation plus ou moins grave de la vie affective qui entrave son développement. Il en résulte qu'une action qui se bornerait à vouloir corriger un retard scolaire sans que le dépassement des conflits ait permis un déblocage de l'énergie pulsionnelle qui va servir de base aux processus d'acquisitions en tant qu'activités à l'origine de satisfactions, serait illusoire.

Ceci implique que l'action pédagogique qui est déjà un élément de la vie institutionnelle -la classe étant par son ambiance particulière un milieu thérapeutique et qui s'inscrit dans l'action thérapeutique globale- va bénéficier directement des résultats de la thérapeutique institutionnelle. Dès lors le comportement scolaire d'un enfant devient le reflet de sa santé mentale.

Il n'est pas dans notre propos de décrire les techniques d'enseignement qui résultent d'un travail de recherche permanent de la part des instituteurs et institutrices d'une pédagogie adaptée à ces enfants atteints de troubles de la personnalité. Les classes sont situées dans l'Hôpital de Jour ou à sa proximité immédiate dans la Fondation Vallée.

Si les activités proposées aux enfants sont souvent voisines voire identiques à celles des écoles "normales", la conception de la classe est ici bien particulière ; en effet et cela peut paraître paradoxal, l'acquisition scolaire si elle est vivement souhaitée par tous, n'est pas le but initial. Le travail se fait par petits groupes dans une atmosphère libérale et permissive, attrayante pour les enfants, en dehors de tout souci de rentabilité. L'enseignant qui a participé à la synthèse de chacun de ses élèves, avec son expérience antérieure des enfants inadaptés, est initié à une certaine écoute, une façon de voir les enfants, à une compréhension qui permet le maximum de tolérance devant les troubles auxquels il est confronté et dont le sens a été explicité (par exemple, il ne se laissera pas impressionner par des manifestations spectaculaires visant à le manipuler etc.). L'enfant peut se déplacer comme il l'entend dans la classe, en sortir, faire ce qu'il veut ; il n'existe pas de système de sanctions.

Pour l'enseignant, l'enfant qui entre à l'Hôpital de Jour un enfant "neuf" et il va pouvoir être abordé sans préjugés cette conception de la classe s'oppose à celle qu'en ont :

- les enseignants de l'extérieur qui n'ont pas toujours été sensibilisés aux phénomènes psychologiques qui ont lieu dans la classe qu'il s'agisse du normal ou du pathologique et dans les conditions matérielles de travail sont parfois désastreuses -classes à effectifs monstrueux, rentabilité à tout prix etc..
- les parents qui ne veulent voir que le trouble scolaire pour pouvoir scotomiser la dimension affective du problème et adoptent une conduite coercitive, menaçante, culpabilisante pour l'enfant, revendicatrice à l'égard de l'école
- les enfants installés dans le cercle vicieux

(troubles du comportement scolaire)
(rejet <_____ intolérance)

et dont l'expérience scolaire a été désastreuse.

L'action pédagogique est donc parallèle à l'action thérapeutique générale, l'évolution scolaire n'étant donc possible que si TOUT évolue. La classe, le moment venu, sera là pour capter l'intérêt de l'enfant, lorsque la curiosité, l'envie d'apprendre sera née, c'est un milieu offert à son investissement.

L' JOURNEE A L'HOPITAL DE JOUR

Les horaires de l'Hôpital de Jour font que l'emploi du temps des familles et des enfants ne diffère pas fondamentalement de celui qu'impliquerait une scolarité normale.

Le service ouvre à neuf heures. Un car de l'établissement assure quotidiennement le ramassage des enfants qui ne peuvent être accompagnés. Deux membres de l'équipe de base accompagnent le chauffeur, à tour de rôle. En fin d'après-midi, les enfants sont reconduits à leur point de départ.

Il faut souligner l'importance du moment où l'enfant passe des mains de ses parents à celles des membres de l'Equipe. Il donne chaque jour à la famille l'occasion d'un contact, aussi bref soit-il, avec l'Equipe ; pour cette dernière, il constitue un moment privilégié d'observation de la relation parents-enfant et du vécu de la séparation puis des retrouvailles.

Les enfants scolarisés (20 sur 24 pour l'année 71-72) passent la matinée en classe les autres restent à la charge des éducateurs et se voient proposer des activités qui correspondent à leurs possibilités aussi bien qu'à leur disposition du jour.

A ces enfants peuvent venir se joindre des enfants scolarisés qui, pour une raison ou pour une autre, ont ce jour là du mal à supporter la situation scolaire ; ceci n'est admis bien sûr qu'après concertation de l'Equipe.

Les enfants sont répartis en deux groupes de douze, chacun des groupes étant constitué en fonction de plusieurs critères
- âge, sexe, structure, possibilités, affinités des éducateurs, etc.
dans le souci de lui donner une certaine dynamique et la préoccupation que le travail soit équitablement réparti entre chaque éducateur.

Ils participent avant et après le repas de midi à diverses tâches ménagères telles que mettre la table, faire la vaisselle, la ranger, mettre en ordre et balayer la cuisine et les salles à manger.

Puis c'est la sieste où les enfants allongés dans une demi-obscurité peuvent dormir, se reposer ou lire en compagnie d'un éducateur pour chaque groupe. Cette sieste est un moment privilégié pour la régression ; elle offre à certains enfants, très anxieux agités ou agressifs, la possibilité de se ressaisir ; chez d'autres à l'occasion de cette détente, de ce relâchement, vont faire irruption des fantasmes engoissants qui leur rendent vite la situation intolérable, certains sont alors dispensés de la sieste peuvent jouer ou se livrer à diverses occupations. Pour l'équipe, la sieste est également un moment de répit propices aux échanges. C'est ensuite que commencent les activités de

l'après-midi. Les enfants sont répartis en petits sous groupes de six au plus autour d'un éducateur ou d'un instituteur ou institutrice selon un système de "clubs". Peinture, pâte à modeler, poterie, céramique, émaux sur cuivre, découpages, dessin, menuiserie, bricolage, jeux de construction, jeux éducatifs, activités musicales, construction d'instruments simples avec le Professeur de Musique, gymnastique. Plusieurs clubs fonctionnent simultanément et l'enfant choisit librement celui qu'il préfère. Tous les quinze jours les clubs changent de thème, ceci pour éviter aux enfants comme aux éducateurs la monotone routine et pour couvrir le plus de domaines possibles. Mais rien n'empêche qu'à tout moment, n'importe quel enfant puisse organiser seul ou avec des camarades un jeu en dehors de tout club.

Les activités du matin et de l'après-midi sont entrecoupées de "récréations" dans la cour où les enfants ont la possibilité de se dépenser physiquement dans toutes sortes de jeux.

Toutes ces activités n'ont pas seulement pour but d'occuper les enfants ou de leur apprendre quelque chose, elles visent à mobiliser en eux l'envie de jouer, de créer, de découvrir librement dans un environnement bienveillant et permissif qui les y invite et ce qui a été dit à propos de l'action pédagogique est également valable pour cette action éducative.

La fonction de l'éducateur, témoin de l'ensemble des comportements de l'enfant dans toutes ses conduites quotidiennes -alimentaires, sphinctériennes, sexuelles, relationnelles, ludiques, activités d'expression de créativité- habituellement soumises à l'éducation répressive des adultes en général (mais qui sont ici l'objet d'exigences beaucoup plus souples et modérées) déborde largement son action strictement éducative et fait de lui un observateur privilégié par rapport aux autres membres de l'Equipe moins présents auprès des enfants. Il apportera aux synthèses un matériel considérable.

LE FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE

LA REUNION DE SYNTHESE

Il s'agit d'une réunion à laquelle participent tous les membres de l'Equipe et où va être mis en commun l'ensemble des éléments concernant un enfant. Elle est hebdomadaire.

En dehors des synthèses qui viennent conclure la période d'observation d'un enfant proposé pour l'Hôpital de Jour et où va se discuter son éventuelle prise en charge, ou celles qui intéressent un enfant ne présentant pas pour l'instant de difficultés majeures -mais qui ont lieu à titre systématique au moins une fois par an- la synthèse est demandée par un ou plusieurs membres de l'Equipe pour un enfant qui pose des problèmes : problèmes souvent inquiétants et qui apparaissent d'une certaine urgence : les éducateurs se sentent dépassés par un enfant qui multiplie les passages à l'acte ; ailleurs, ils sont alarmés par l'importante dépression d'un enfant, ou sa régression massive ... l'institutrice a l'impression d'avoir perdu le contrôle de la situation avec tel enfant de sa classe ... ailleurs on sent que l'enfant piétine et qu'il faut rediscuter les modalités de sa prise en charge ... enfin, une reprise évolutive a pu se dessiner et l'on va envisager de remettre l'enfant dans le circuit "normal" après avoir soigneusement aménagé sa sortie.

En guise d'introduction, l'interne va replacer l'enfant dans son contexte familial, retracer l'histoire de la famille, poser les repères de son développement et évoquer les premières manifestations pathologiques aussi bien organiques que psychiatriques, d'après les éléments fournis par les parents, les renseignements en provenance de l'école, de la consultation d'origine et ceux qu'a recueilli l'assistante sociale.

Les éducateurs qui s'occupent de l'enfant et qui nous l'avons vu disposent d'un matériel d'observation considérable vont parler de la prise de contact quotidienne de l'enfant avec l'Hôpital de Jour, de son comportement général lors des diverses activités, de sa relation aux autres enfants du groupe et aux adultes, de ses symptômes : agressivité, inhibition, activité fantasmatique incontrôlée ...

L'institutrice va parler de la situation scolaire de l'enfant, son niveau, ses possibilités d'acquisition mais aussi de son comportement dans la classe, son rôle dans la dynamique du groupe, son attitude devant la scolarité et ses progrès.

L'assistante sociale de l'Hôpital de Jour connaît les conditions de vie de l'enfant et de sa famille et a recueilli des éléments parfois inconnus jusque là. Elle connaît aussi toutes les solutions de sortie

et exploite les différentes possibilités offertes lorsque la fin de la prise en charge se dessine. Rappelons son important rôle de jonction entre l'Equipe et les autres structures de l'extérieur.

La situation dans laquelle médecins et psychologues voient l'enfant est bien entendu plus artificielle, opposée au contact permanent, pris dans la vie quotidienne que l'enseignant ou l'éducateur a avec cet enfant. Néanmoins, la relation duelle permet de saisir avec plus de netteté certaines données de la vie psychique de l'enfant et on ne saurait s'en passer en dépit de l'extrême richesse, déjà soulignée, du matériel apporté par les pédagogues et les éducateurs, qu'il s'agisse de la description, des comportements, des propos, des jeux -isolés ou en groupe- de l'enfant, de ses dessins, des objets qu'il a construits etc.

Le but majeur du test de niveau n'est certainement pas la détermination d'un quotient intellectuel car l'examen psychologique ne saurait être ramené à un simple examen complémentaire dont le résultat s'exprimerait par un chiffre comme par exemple la formule sanguine ou la vitesse de sédimentation en Médecine Interne. Le compte rendu du test qui n'est pas le commentaire d'un chiffre pour le quotient intellectuel est en fait centré sur le comportement de l'enfant à qui on propose certaines épreuves dans une relation particulière à une personne. Tel enfant a commencé d'une manière satisfaisante, mais rapidement, le nombre de ses réussites s'effondre contre toute attente ceci est infiniment plus intéressant qu'un chiffre qui va être repris dans le cadre général de la discussion de l'Equipe puis interprété comme un refus névrotique, une conduite d'échec, ou un blocage chez un enfant psychotique angoissé par la relation trop proche avec la psychologue... Tel autre enfant qui a mal débuté va étonner par ses possibilités une fois que la technique de passation a été assouplie, et qu'on l'a mieux cadré.

La parenté entre le travail du test et l'activité scolaire permet une approche différente des possibilités intellectuelles de l'enfant mais aussi de sa position par rapport à son apprentissage en général, qui va utilement compléter l'observation de l'institutrice.

Dans le même esprit, on n'attend pas des tests projectifs de précisions nosographiques stériles ; là aussi la plus grande importance est donnée à la dimension dynamique de l'examen ce qui complète les données du test proprement dit dans l'approche des conflits inconscients

de l'enfant, la nature de ses fantasmes, le fonctionnement de ses défenses.

Le médecin parle enfin de son examen de l'enfant, dans le même esprit ; en outre, il rend compte de ce qu'il a perçu dans le discours des parents qu'il a vus peu avant la synthèse.

La mise en commun de tant d'éléments n'est possible que par la collaboration d'une équipe importante et hautement qualifiée ; aucun examen psychiatrique ou psychologique aussi fin soit-il ne pourrait apporter autant sur un enfant qui est vu ici dans tous les aspects de sa vie. Psychologues et médecins jouent un rôle important dans cette réunion car outre leur apport purement technique, ils sont les mieux formés pour faire la synthèse des informations et en décoder le sens, car il s'agit bien d'aboutir à une compréhension psychopathologique des troubles et de mettre à jour dans certaines limites la dynamique relationnelle dans l'équipe. Sans cette compréhension, nulle action thérapeutique n'est bien sûr concevable. Les troubles et les symptômes replacés dans leur contexte et analysés en commun aboutit à la dédramatisation et dès lors à une plus grande tolérance, les cercles vicieux qui maintenaient l'enfant dans un drame clos sont désamorcés. Surtout la synthèse conduit à unifier la conception que l'équipe a de l'enfant : ce dernier, et cela est capital, va se trouver devant un ensemble de personnes d'accord entre elles sur l'attitude à avoir devant lui, et si l'un des résultats de la synthèse, nous l'avons vu, est une meilleure tolérance, cette confrontation permet aussi de déjouer les manoeuvres de manipulation de l'enfant que favoriserait une mauvaise communication au sein de l'Equipe.

Certaines décisions très précises résultent de la synthèse : entreprise d'une psychothérapie ou d'une rééducation instrumentale prise en charge systématisée de la famille sortie, aménagements particuliers de la prise en charge d'un enfant etc..

Pour conclure, il faut noter que la synthèse est de plus un moment privilégié pour le contrôle de la thérapeutique menée auprès de l'enfant, enfin, elle a pour chaque membre de l'Equipe un rôle hautement didactique enrichissant l'expérience strictement personnelle de notions fondamentales qui débordent le seul domaine de l'enfant concerné.

LA REUNION INSTITUTIONNELLE

Une seconde réunion regroupe chaque semaine l'Equipe au complet, c'est la réunion dite "institutionnelle". On n'y parle pas d'un enfant en particulier, ni exclusivement des enfants. Il n'y a pas d'ordre du jour fixé à l'avance, ni de sujet privilégié auquel on reviendrait systématiquement chaque semaine. Chacun est libre de parler d'un problème qui se pose dans son travail aussi bien problème matérial que problème relationnel par rapport aux enfants ou à l'Equipe.

Il va sans dire qu'une large place est accordée aux problèmes pratiques : organisation des clubs, emploi du temps, sorties, constitution des classes, achat de matériel etc. mais ce n'est peut-être pas là le seul but de cette réunion qui est le lieu où doivent s'exprimer les difficultés du groupe. Dans la vie de l'Equipe, deux tendances se combinent ou se succèdent en permanence. Tantôt, règne un climat positif de cohésion : les échanges se font facilement, chacun trouve sa place dans le groupe où il apporte sa spécificité, non pas isolément, mais dans l'esprit d'un travail collectif tel que la réunion de synthèse peut l'illustrer. Les membres de l'Equipe se retrouvent ensemble dans une perspective commune, l'autre étant un collègue avec qui ont lieu des échanges, l'action est verbalisée, des médiations sont aménagées. Le simple fait de pouvoir parler de ses difficultés avec un collègue, un psychologue, un médecin qui offre à la fois un appui et des perspectives nouvelles de compréhension, permet à chaque membre de l'Equipe de mieux assumer les relations angoissantes et de trouver en lui-même les moyens d'y faire face. Dans l'idéal, le plaisir "d'être ensemble" tend à cimenter les réunions où chacun se sent reconnu et exprime librement ses aspirations.

A l'opposé il y a la tendance à la dispersion du repli sur soi, à la rivalité, à l'échec. Le collègue devient alors un rival et ce qui unit est négligé au profit de ce qui divise. Les formations techniques différentes sont considérées comme des obstacles au dialogue, les tâches sont clivées en "nobles" et "subalternes", l'appartenance à part entière au groupe est déniée à tel ou tel.

Si cela n'apparaît nettement que lors des crises déclarées qui ne peuvent s'éterniser et appellent une solution rapide, il est des cas où les conflits non verbalisés au sein de l'équipe stagnent, créant un climat d'agressivité particulièrement nuisible car cette agressivité inconsciente risque de se retourner contre ceux qui ne peuvent l'exprimer dans le groupe entraînant la dépression ou par un phénomène de

déplacements, se diriger sur les enfants, compromettant gravement, dans un cas comme dans l'autre l'action thérapeutique.

Il faut ici souligner le rôle du médecin et de la psychologue de l'institution, qui avec leur formation analytique et leur expérience des phénomènes de groupe doivent, derrière le piétinement des discussions, les silences ou les digressions, déceler les tensions et permettre à l'équipe de les expliciter puis de les résoudre.

Cette réunion "institutionnelle" permet chaque semaine d'estimer le climat qui règne dans l'Equipe ; elle est le lieu privilégié pour une confrontation ouverte. Le caractère informel, l'absence d'ordre du jour de la réunion qui est si souvent critiquée empêche l'Equipe de se figer dans une routine qui aboutirait à dissimuler tout dévoilement des mouvements affectifs profonds à l'intérieur du groupe.

La menace de crise, toujours présente, constitue un élément inhérent à la vie institutionnelle et l'on ne saurait s'en préserver par une sclérose des structures.

Un "moment" critique est toujours une source d'enrichissement et de maturation lorsqu'il reste un signal d'alarme poussant à une remise en question des structures et des individus, à condition de garder à l'esprit le but commun et de ne jamais perdre de vue le poids qu'opposent à l'action les troubles mentaux évolutifs des enfants.

LES RELATIONS AVEC LA FAMILLE

Nous avons vu que dans une conception moderne de la personnalité, les troubles scolaires d'un enfant n'apparaissent que comme les symptômes d'une perturbation de son développement affectif. Se borner à corriger un retard scolaire en négligeant cette dimension serait une erreur.

Dans un même ordre d'idée l'enfant qui présente des troubles mentaux évolutifs peut être considéré comme le symptôme d'une pathologie familiale : pathologie propre à chaque parent, pathologie de la relation de couple, pathologie de la relation parent enfant. Centrer l'effort sur l'enfant et lui seul apparaît dès lors comme illusoire. C'est dire que la prise en charge d'un enfant ne peut aller sans une action thérapeutique parallèle sur ses parents. Notons ici que légalement, seuls les enfants sont en traitement et pris en charge par la Sécurité Sociale. Aucun texte ne prescrit de relations avec les familles et a priori de traiter les parents. Il n'existe pas non plus de crédits ni de personnel spécialement affectés à ces tâches en dehors de l'assistante sociale.

La formule de l'Hôpital de Jour découle en particulier du souci de ne pas couper l'enfant de sa famille, ceci suppose déjà l'existence d'un lien parent-enfant réel. La prise en charge à l'Hôpital de Jour n'est pas un placement il n'y a donc ni abandon, ni rejet, quelles que soient les positions inconscientes des protagonistes, l'action thérapeutique ne débute pas sur cette hypothèse et ne s'inscrit pas sur la cicatrice indélébile laissée par une rupture survenant en pleine période de conflit et vécue de ce fait comme une amputation. Pour des enfants qui allaient déjà en classe l'hospitalisation de jour n'apporte pas de bouleversement de la journée.

Loin de se contenter de préserver le lien, l'action thérapeutique a pour objectif d'en améliorer la qualité, ce qui suppose que le noyau familial et sa pathologie ne constituent pas un obstacle définitif à l'évolution des enfants pris en charge dans le cas contraire, c'est bien sûr la formule de l'internat qui est préférée. Des parents modifiés par une action thérapeutique qui les vise directement passent du côté des thérapeutes et prennent le statut de collaborateurs de l'équipe soignante de leur enfant dans l'action commune.

Le premier contact avec la famille d'un enfant a lieu avant même que la prise en charge de ce dernier soit certaine. Avant que ne commence la période d'observation d'un enfant dans l'éventualité d'une prise en charge future, les deux parents sont convoqués -le premier entretien entre le médecin et la psychologue de l'institution- auxquels s'ajoutent parfois d'autres membres de l'Equipe et les parents est l'un des plus importants dans toute l'histoire de la prise en charge, car il va permettre d'apprécier les possibilités de collaboration des parents. Certes, il est mentionné que la prise en charge ne peut être envisagée qu'en échange d'un engagement de la part des parents, de collaborer avec l'Equipe, de répondre notamment -mari et femme- à toutes les convocations aussi nombreuses puissent-elles être. Mais le plus important et bien sûr, le plus difficile à déterminer est le désir inconscient de la famille d'honorer un tel contact. Et l'on peut dire, schématiquement, certes, que le pronostic est largement fonction du pronostic inconscient porté par la famille. Une modification de l'enfant au cours de son séjour peut entraîner un bouleversement notable de l'équilibre familial -jusque là préservé par le déplacement des conflits sur l'enfant ("enfant symptôme"). L'action directe auprès des parents aussi patiente et prudente qu'elle soit ne peut ignorer ces conflits elle va se heurter à des degrés divers à leurs résistances qui vont s'exprimer de plusieurs manières :

- tantôt les parents ne viennent pas lorsqu'on les convoque
- ailleurs, ils viennent, mais sur la défensive manifestant une agressivité ouverte à l'égard de l'Equipe en qui ils ne veulent voir qu'un tribunal ou noient les soignants dans un discours revendicatif. L'agressivité peut être latente et s'exprimer par une excessive complaisance rapidement suspecte pour l'Equipe. Dans certains cas, le problème est déplacé, des arguments de rendement scolaire, de maladies somatiques, d'éléments matériels sont invoqués. Parfois l'Hôpital est assimilé à une simple école son but thérapeutique est ainsi scotomisé
- enfin, il arrive, principalement dans le cas des enfants psychotiques que les parents n'aient pas conscience des troubles de leur enfant et à qui la signification de la prise en charge semble échapper totalement.

A l'opposé, l'on trouve les parents qui expriment une forte demande thérapeutique :

- demande dont l'ambivalence ne doit jamais être ignorée
- demande floue mais authentique motivée par la blessure d'amour propre de voir leur enfant échouer dans les performances considérées comme

conformes à son âge par comparaison, et par référence à leurs propres aspirations, quand aucun dommage grossier n'est là pour expliquer l'inadaptation. Ces parents cherchent la réparation, les conseils, la déculpabilisation. Dans certains cas, les troubles de l'enfant apparaissent comme un moyen pour eux d'entrer dans une relation psychothérapique désirée depuis longtemps et dont ils attendent autant -sinon davantage- pour eux-mêmes que pour leur enfant.

Sur le plan technique, les parents doivent être vus dans plusieurs circonstances particulières. Avant même l'observation en vue de la prise en charge, nous l'avons vu. Puis, lorsque cette prise en charge est décidée, la famille est convoquée par la Surveillante pour les formalités d'admission. Celle-ci fait visiter les locaux aux parents, leur présente l'Equipe et leur fournit les renseignements pratiques. Un lien particulier s'établit entre la Surveillante et les parents, plus tard au moindre problème c'est à elle qu'ils s'adresseront presque tous l'identifiant en quelque sorte à leur représentant auprès de l'Equipe.

Un entretien a lieu ensuite avec le médecin, la psychologue et, le cas échéant un ou plusieurs autres membres de l'Equipe pour faire le point de la situation de l'enfant au moment de son entrée à l'Hôpital de Jour. Lors des périodes critiques qui peuvent ponctuer la prise en charge de leur enfant les parents doivent être vus systématiquement car cette crise quelle qu'elle soit peut être exploitée dans un sens dynamique. Ces périodes "critiques" qui nous l'avons vu plus haut font demander une synthèse sont essentiellement les périodes où l'évolution de l'enfant semble piétiner, les épisodes de regression majeure, l'avénement de troubles du comportement graves. D'autre part il peut s'agir chez les parents de la survenue de dépression, de passages à l'acte, de prises d'initiatives pouvant nuire à l'action thérapeutique. Enfin l'apparition d'une tension grave entre les parents et l'Equipe doit rapidement aboutir à une confrontation qui vise à l'analyser et à l'atténuer.

Lorsqu'une mesure particulière est envisagée, comme la sortie par exemple, les parents sont convoqués dans le but d'aménager son application, tant au plan pratique qu'au plan psychologique.

Enfin, les familles sont vues à titre systématique plusieurs fois par an, notamment avant la synthèse de l'enfant. Ces entretiens qui ont pour but de faire le point permet un échange d'informations entre les parents et l'Equipe. On sait ainsi quel est le comportement de l'enfant chez lui, non seulement vis-à-vis de ses parents mais aussi vis-à-vis d'activités telles que le jeu, la lecture, l'écriture, son attitude devant le monde extérieur etc. Le plus intéressant se situe au niveau dynamique : comment l'enfant évolue-t-il depuis qu'il est pris en charge ? comment les parents réagissent-ils à cette évolution et comment se modifient-ils eux-mêmes ? Pour les parents, cette rencontre est l'occasion de savoir ce que fait l'enfant à l'Hôpital de Jour et ce que l'Equipe en pense.

A côté de ces entretiens provoqués par l'Equipe, il y a ceux que la famille a demandés, souvent par l'intermédiaire de la Surveillante. Tantôt il s'agit de revendications, et l'équipe se voit agressée directement ("on maltraite mon enfant"... "on ne lui apprend rien ici...") tantôt la famille, déprimée, découragée, culpabilisée, angoissée vient chercher un soutien ou des conseils. Ailleurs, une mesure extrême, telle qu'un transfert en internat est sollicitée.

Les entretiens sont menés par le médecin et la psychologue de l'institution, ou par l'interne, souvent avec l'assistante sociale, la surveillante, un éducateur. L'entretien vise à permettre de parler à chaque parent de son histoire, de son enfant, de sa relation à ce dernier, des problèmes qui se posent à lui par rapport à son conjoint, à l'enfant et à la maladie.

Le matériel directement apporté ainsi que celui qui se dégage dans le transfert qui s'établit entre les parents et leur interlocuteur va permettre de mieux comprendre la situation familiale et le vécu des problèmes actuels. La technique thérapeutique est directement inspirée de la Psychanalyse, elle accorde la plus large place à l'abord des conflits inconscients avec patience et prudence.

La culpabilité et l'angoisse ne seront pas systématiquement apaisées et seront bientôt utilisées comme leviers thérapeutiques ; cependant, cette position est très nuancée et souple et des explications sont fournies en quantité suffisante aux parents sur le comportement de leur enfant et leur propre attitude. En évitant toute directivité intempestive, des conseils pratiques sont même souvent fournis.

Une fois par trimestre se tient une réunion générale à laquelle tous les parents sont conviés et où toute l'Equipe est présente. Sans but strictement thérapeutique, ces réunions répondent au souci d'informer les familles sur l'Hôpital de Jour, sur les activités quotidiennes des enfants. D'importants problèmes d'organisation y sont évoqués. On y retrouve des positions analogues à celles des entretiens -revendications, agressivité, évocation de détails- mais le leader, le médecin en l'occurrence s'efforce de ramener la discussion au plan général. C'est l'occasion pour chaque famille de voir réunistous les membres de l'Equipe qui apparaît ainsi comme un tout cohérent ce qui est essentiel.

A côté de ces formules codifiées de rencontres entre parents et Equipe il ne faut pas négliger les contacts quotidiens que chaque parent peut avoir avec les éducateurs, les institutrices ou la Surveillante, contacts plus spontanés et moins angoissants que l'entretien psychiatrique et où sont parfois posées d'importantes questions auxquelles il ne doit pas toujours être répondu sans prudence dans le souci de ne pas interférer avec l'action thérapeutique.

S'il fallait dégager les points principaux qui sous-tendent les relations entre la famille et l'équipe nous pourrions dire qu'il s'agit :

- du souci d'action thérapeutique sur les parents et la relation parent-enfant
- mais aussi de l'information
- et de l'implication de la famille dans un travail de coopération avec l'Equipe soignante et d'aménagement d'une conduite commune en face de l'enfant.

DU SIGNALEMENT A LA SORTIE

Les demandes d'admission à l'Hôpital de Jour proviennent des trois dispensaires ou des CMPP du secteur de Pédo-Psychiatrie. Au cours des cinq dernières années, sur les signalements communiqués à ces dispensaires :

50 % venaient de l'école (maîtresse, directrice, psychologue scolaire)

25 % des familles

25 % des médecins, pédiatres, centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), services sociaux divers.

Ces chiffres montrent que l'école est un lieu privilégié de dépistage. C'est souvent là qu'apparaissent des troubles qui, dans le milieu familial étaient minimes, tolérés voire méconnus ou pathologiquement déniés. Par ailleurs toute la population infantile du secteur passe par l'école dont les responsables sont de mieux en mieux informés. Des contacts de plus en plus fréquents existent entre les équipes pédagogiques et celles du secteur et la collaboration entre enseignants et soignants est déjà entrée dans les moeurs.

Mais le dépistage scolaire n'est pas suffisamment précoce, c'est pourquoi il serait souhaitable de pousser plus loin la formation pédopsychiatrique des médecins et préconiser dans les centres de P.M.I. la coopération systématique des pédiatres et des psychiatres d'enfants.

L'Equipe détermine au début du dernier trimestre de l'année scolaire le nombre de sorties. Les dossiers de demande de prise en charge sont alors étudiés ; souvent, c'est l'équipe du dispensaire qui a proposé l'enfant qui vient exposer le cas.

Quand une prise en charge semble possible l'enfant est pris en observation.

L'OBSERVATION

Pendant une semaine, il va fréquenter l'Hôpital de Jour quotidiennement, comme les enfants qui y sont déjà, et va partager toutes leurs activités, pendant cette semaine chaque membre de l'Equipe aura l'occasion de faire sa connaissance.

La famille est reçue par le médecin. Au bout de cette semaine, une synthèse a lieu et permet généralement de conclure si l'indication

est bonne ou non. Il arrive que cette conclusion soit hésitante. Dans ce cas l'observation peut être prolongée autant que nécessaire.

Lorsque la prise en charge est décidée il peut s'écouler un certain temps avant qu'elle ne débute. L'Equipe demande alors au dispensaire d'origine d'entreprendre une action thérapeutique ambulatoire, visant l'enfant, parfois, également ses parents, cette action sera poursuivie pendant et après l'admission à l'Hôpital de Jour. Il s'agit principalement de psychothérapies.

RECRUTEMENT

L'Hôpital de Jour est destiné à des enfants de 3 à 12 ans. Le choix d'une telle limite supérieure d'âge de sortie permet de recevoir tous les enfants dans une même structure, suffisamment diversifiée, et de regrouper des enfants qui posent des problèmes ayant une certaine similitude entre eux, ce qui n'est pas sans avantages pour l'Equipe qui va ainsi pouvoir travailler dans un champ plus homogène que si la limite supérieure était relevée dans l'adolescence.

La priorité est donnée aux enfants qui proviennent, comme nous l'avons vu, du secteur. Très souvent, il s'agit d'enfants chez lesquels une action thérapeutique avait déjà été entreprise - psychothérapie ambulatoire, rééducation instrumentale etc. - sans résultats suffisants après plusieurs mois. Ailleurs il s'agit d'enfants dont les troubles semblent d'emblée trop importants pour qu'on estime suffisante une telle prise en charge. A l'opposé, il y a les enfants dont les désordres, certes importants ne justifiaient pas le placement en internat, d'autant que le milieu familial ne rendait pas une telle mesure indispensable.

Il serait vain et fastidieux d'énumérer tous les troubles qui ont pu mener l'enfant à la consultation d'hygiène mentale, qu'il s'agisse de symptômes apparemment banals ou isolés, comme des tics, une énurésie, des troubles du caractère ou du comportement mineurs ou de manifestations plus alarmantes comme un retard grave de l'acquisition du langage ou des manifestations psychiatriques spectaculaires. Toujours est-il que la majorité des signalements qui ont abouti à une prise en charge à l'Hôpital de Jour étaient motivés par une désadaptation scolaire majeure avec un rejet constant de l'école.

INDICATIONS

Schématiquement, on considère comme indications de l'Hôpital de Jour, après cinq années d'expérience :

- des enfants atteints de troubles mentaux évolutifs ayant un bon niveau
- dont le milieu familial n'est pas pathologique au point de rendre illusoire toute entreprise thérapeutique et se montre suffisamment cohérents
- susceptibles de se mobiliser en un à deux ans.

Disons d'emblée que la rareté actuelle des places d'Hôpital de Jour pousse l'Equipe à fixer dès le départ des critères qui peuvent sembler rigides. Mais comme pour toute thérapeutique d'exception, il s'agit de donner la priorité aux enfants qui semblent avoir le plus besoin de ce type de prise en charge apparaissant comme ayant le plus de chances d'évoluer favorablement grâce à celle-ci. En ce qui concerne le "niveau", ce n'est évidemment pas le chiffre du quotient intellectuel qui est le critère déterminant, et si la moyenne des quotients de la population de l'Hôpital de Jour se situe à environ 90 plus d'un quart des enfants ne sont pas testables. Ce qui importent en fait c'est pourrait-on dire le niveau "potientel" tel qu'il a été perçu, non seulement par la psychologue mais aussi par l'Equipe entière durant la période d'observation. Le choix des enfants n'obéit pas à des critères nosographiques. L'usage d'un étiquetage systématique fonctionnerait à contre-courant du dynamisme thérapeutique tel qu'il est conçu ici, c'est-à-dire en référence au schéma psychanalytique. Ce n'est qu'après coup que l'enfant est placé dans telle ou telle catégorie diagnostique et, nous le verrons ultérieurement l'étude des dossiers montre que l'Hôpital de Jour s'adresse particulièrement à certaines formes et que certains types d'enfants se sont révélés être de mauvaises indications.

L'expérience montre que les plus grands échecs thérapeutiques observés étaient imputables à la pathologie familiale et a une coopération insuffisante ou inexistante des parents, éléments mésestimés au départ. Citons les familles où le père est annulé, où la relation de couple est très pathologique avec la relation mère-enfant définitivement figée et hors de portée de la thérapeutique, le rejet massif de l'enfant, les familles invisibles etc.

Quant à l'évolutivité des cas, il n'existe aucun moyen objectif pour l'estimer d'emblée. Là encore, la décision est fondée sur une impression plus que sur des éléments rigoureux devant la structure d'un enfant, l'état de son développement psycho-affectif et la nature des conflits qui l'entravent, compte tenu du climat familial. L'aspect quantitatif des troubles observés par un enfant, s'il n'est pas mentionné sur le schéma des critères d'admission ne saurait être passé sous silence ce qui conduit à discuter la place à donner parmi les enfants pris en charge aux cas "légers" qui vont poser peu de problèmes à l'Equipe et guérir rapidement et aux cas "lourds" qui vont accaparer son énergie et, dans le meilleur des cas, n'évolueront que très lentement. Si certains cas bénins peuvent se mobiliser à l'occasion d'un bref séjour à l'Hôpital de Jour et permettre dans un second temps une prise en charge ambulatoire, réserver un outil thérapeutique aux seuls cas bénins serait illégitime. A l'inverse, n'admettre que des cas lourds cliniquement graves, aux perturbations profondes et intenses et désadaptation majeure aboutirait à faire de l'Hôpital de Jour un établissement réservé aux enfants psychotiques, une sorte d'asile à temps partiel, un hospice moderne perdant son caractère dynamique pour sombrer dans une routine lourde à supporter par l'Equipe.

Du côté de l'Equipe il est important qu'existe un équilibre entre cas légers et cas lourds. Les cas lourds, même si leur piétinement décourage et déprime l'équipe ont sur celle-ci un effet stimulant, à la fois au plan de la curiosité scientifique et parce que, remettant sans cesse en cause l'efficacité de l'action thérapeutique, ils suscitent la recherche de nouvelles méthodes de travail. Les cas légers eux, viennent régulièrement apporter la confirmation rassurante et gratifiante que l'Hôpital de Jour atteint son but.

Mais il ne suffit pas qu'un enfant remplisse les critères qui ont été énoncés pour être admis à l'Hôpital de Jour, sa prise en charge dépend également de la situation de l'Hôpital de Jour lorsqu'il s'y présente. S'il y a des places disponibles, l'enfant sera choisi dans un souci d'équilibre des groupes, compte tenu des enfants qui s'y trouvent déjà, tant pour les éducateurs que pour les autres enfants. Un juste équilibre entre garçons et filles, grands et petits, cas lourds et cas légers est indispensable au bon fonctionnement des groupes.

LA SORTIE

Tenter de préciser les critères de fin de prise en charge à l'Hôpital de Jour pose le problème général de la "guérisson" en pathologie mentale et les arguments qu'on invoquera en faveur de la sortie d'un enfant sont tant objectifs que subjectifs. Il faut admettre que le but à atteindre n'est pas que l'enfant soit devenu "tout à fait normal" c'est-à-dire semblable en tous points à un enfant idéal du même âge dont aucun conflit ne serait venu perturber le développement. L'enfant peut sortir lorsque, compte tenu de son état initial on considère qu'il est suffisamment amélioré pour reprendre un épanouissement jusque là entravé et qui va lui permettre de se réaliser dans la vie.

En termes plus techniques, la sortie est envisagée lorsque se dessine une reprise évolutive, avec suffisamment de netteté et sur des bases assez solides pour que, spontanément ou avec l'aide temporaire d'une prise en charge ambulatoire de post-cure, on la juge irréversible.

Les critères d'amélioration sont objectivement :

- pour l'enfant, l'acquisition de comportements instinctuels, cognitifs et relationnels adaptés dans la vie quotidienne et dans les situations d'examen
- pour la famille l'acceptation du changement positif de l'enfant, l'assainissement de la relation parents-enfant, le renoncement au fonctionnement par cercles-vicieux.

L'enfant exprime parfois lui-même, de façons diverses son désir de sortie qui correspond pour lui à l'accès à "la vraie école" et à une envie d'indépendance vis-à-vis de l'Equipe.

Pour l'Equipe interviennent aussi des facteurs plus intuitifs, dans la décision de laisser sortir un enfant. Ils doivent être analysés avec soin. On peut être tenté de laisser sortir un enfant avant que l'heure n'en soit véritablement venue, en se fondant sur l'illusion d'un progrès suffisant, pour ne pas voir l'échec, ou pour obéir à une réaction contre-transférentielle négative. A l'inverse on peut préférer garder un enfant qui devrait sortir parce qu'on est attaché à lui ou que son évolution favorable en fait le symbôle de la puissance de l'Equipe mais aussi parce que son progrès illustre le travail et l'effort des soignants et qu'il est frustrant de confier à d'autres cet enfant qu'on a contribué à améliorer. La première conduite aboutirait

à se décharger sur une autre équipe d'un enfant dont le problème n'est pas résolu, la seconde conduirait à rendre les enfants parfaitement adaptés à l'institution mais en fait aliénés et gravement menacés dans leur réinsertion ultérieure dans le circuit normal.

Mais la sortie n'est pas toujours le terme d'une entreprise thérapeutique couronnée de succès. Dans plusieurs cas, que nous chiffrerons plus loin, l'enfant a quitté l'Hôpital de Jour pour passer en internat. C'est-à-dire, que ce que la formule "Hôpital de Jour" aurait du permettre d'éviter, devient la seule solution possible. Mais souvent, il ne s'agit pas là d'un véritable échec : l'Hôpital de Jour constituant dans ce cas une étape vers une séparation de l'enfant et de ses parents, séparation qui aurait été insupportable d'emblée à l'un comme aux autres.

Dans les cas favorables, la sortie une fois décidée doit être minutieusement réglée. L'enfant étant jugé apte à quitter l'Hôpital de Jour est prévenu suffisamment à l'avance et accepte généralement très bien la sortie. Certains parents par contre accueillent avec la plus grande inquiétude la bonne nouvelle se sentant plus abandonnés que l'enfant lui-même. C'est ce type de parents qu'il faut parfois continuer à suivre en post-cure pendant de longs mois après la sortie de leur enfant. Sur le plan des traitements ambulatoires (psychothérapies, rééducations instrumentales) que l'enfant devrait poursuivre il n'y a guère de problèmes car les liaisons entre l'Equipe et tout le reste du secteur, assurés par l'assistante sociale, se font très facilement.

Reste à préparer le milieu scolaire. C'est ce qui fut le plus difficile quand l'Hôpital de Jour fit ses premières sorties : les écoles ne voulant plus reprendre des enfants particulièrement perturbés, voire effrayants, lorsqu'elles les avaient confiées aux psychiatres même si, depuis, ces enfants avaient évolué. Depuis les choses ont changé, l'assistante sociale, la directrice de l'Enseignement de la Fondation Vallée se rendent dans les écoles, où les enseignants sont désormais mieux informés, et les enfants qu'elles leur présentent sont acceptés sans difficultés. Dans l'intérêt de l'enfant, on évite dans la mesure du possible la réinsertion dans l'école d'origine dont il conserve souvent de mauvais souvenirs d'inadaptation, d'incompréhension de rejet.

DONNEES NUMERIQUES

Pendant les cinq années de fonctionnement considérées, c'est-à-dire d'avril 67 à juillet 72, 119 enfants ont été vus à l'Hôpital de Jour. Après observation, 75 ont fait l'objet d'une prise en charge. Sur ce chiffre, huit enfants ont quitté l'Hôpital de Jour après y avoir passé moins de 7 mois.

- dans certains cas, c'est la famille qui a pris l'initiative de retirer l'enfant, contre l'avis de l'Equipe, car elle n'acceptait plus la thérapeutique proposée, ou en raison d'un changement de domicile l'éloignant par trop de Gentilly.
- dans d'autres cas, l'Equipe est revenue sur l'estimation faite à la suite de l'observation et n'a pas jugé souhaitable la poursuite de la prise en charge, soit que les troubles se soient révélés trop légers pour une structure de soins si complexe et si rare, soit qu'ils soient apparus comme trop lourds. Sur les 67 enfants dont la durée du séjour a dépassé huit mois, 48 sont sortis.

Parmi eux :

- 35 ont pu être réinsérés dans un dispositif scolaire normal (tout en ayant 1, 2 ou 3 ans de retard par rapport à leurs nouveaux camarades de classe),
- 5 ont été réinsérés dans des classes d'adaptation ou de perfectionnement
- 8 sont passés à l'internat
  - l'un d'entre eux, infirme moteur cérébral qui présentait des troubles névrotiques très améliorés après un an et trois mois, est allé dans un établissement spécialisé
  - trois présentaient des troubles évoquant le déséquilibre psychique de l'adulte
  - quatre dysharmoniques à versant névrotique ou psychotique dont le milieu familial était très pathologique.

Le passage en Internat ne constitue pas un échec absolu de l'Hôpital de Jour mais échec d'une thérapeutique donnée à un moment donné chez des enfants qui ne constituaient pas toujours de bonnes indications.

Pour les quarante autres cas, la prise en charge a été couronnée de succès. Au moment de leur sortie les enfants présentaient une reprise évolutive impliquant NOTAMMENT un investissement ou un réinvestissement scolaire suffisants pour qu'on puisse envisager qu'ils retournent à l'école "à l'extérieur". Ce qui a confirmé l'estimation de

l'Equipe, c'est qu'aucun de ces enfants n'a été signalé depuis sa sortie par sa famille, son école ou son dispensaire d'origine pour de nouveaux signes psychiatriques ou troubles de l'adaptation scolaire dont l'Hôpital de Jour aurait forcément été informé étant donné sa situation dans le dispositif de secteur.

L'AGE D'ENTREE

En moyenne, à l'Hôpital de Jour, il se situe à 7 ans avec des extrêmes de 4 ans 2 et de 11 ans. Les enfants se répartissent ainsi :

Admis de 4 ans à 4 ans 11	:	6 %
" de 5 ans à 5 ans 11	:	6 %
" de 6 ans à 6 ans 11	:	19 %
" de 7 ans à 7 ans 11	:	13 %
" de 8 ans à 8 ans 11	:	30 %
" de 9 ans à 9 ans 11	:	15 %
" de 10 ans à 10 ans 11	:	9 %
" de 11 ans à 11 ans 11	:	2 %

c'est parmi les enfants pris en charge avant 7 ans qu'on trouve le plus grand nombre de psychotiques et de dysharmoniques à versant psychotique, les troubles sont en effet plus spectaculaires dans ces cas et plus précocement dépistés. A partir de 8 ans, compte tenu de l'âge limite de sortie fixé à 12 ans, les enfants pris en charge présentaient des troubles névrotiques de moins en moins graves.

REPARTITION DES ENFANTS SELON LES CATEGORIES NOSOGRAPHIQUES

Sur les 67 enfants pris en charge, on en trouve :

45 présentant des troubles névrotiques

- 28 névroses dont la moitié environ s'exprime par l'inhibition avec presque une fois sur deux dans le cas, une ébauche d'organisation obsessionnelle, 4 sur 28 s'expriment par l'instabilité, l'agitation, l'agressivité. Pour 10 sur 28 le défaut d'investissement scolaire domine le tableau sans qu'il y ait d'autre symptôme clinique patent.
- 17 dysharmonies à versant névrotique

3 présentant des troubles évoquant le tableau de la psychopathie de l'adulte

19 présentant des troubles psychotiques

- 9 psychoses parmi lesquelles on trouve :
  - . 3 autistes dont 2 n'ont pas acquis le langage et réalisant un tableau d'autisme de Kanner
  - . 4 formes dominées par l'instabilité et l'excitation psychomotrice
  - . 1 forme où prédomine l'incontinence fantasmatique.
- 10 dysharmonies à versant psychotique

Durée du Séjour : en moyenne 2 ans 2 mois avec des extrêmes de 8 mois et de 4 ans 6 mois

- de 8 mois à 1 an 6 mois (40 % des prises en charge) on trouve essentiellement des névroses avec au premier plan les difficultés scolaires sans autre trouble clinique net.

- de 1 an 6 mois à 2 ans (10 % des cas) : ce sont surtout les dysharmonies évolutives avec versant névrotique

- de 2 ans à plus (50 % des cas) : névroses graves
  dysharmonies évolutives
  psychoses.

Durée du Séjour selon l'âge d'entrée : l'étude en serait artificielle puisque l'enfant quitte de toutes façons l'Hôpital de Jour à 12 ans, au plus tard.

REPARTITION DES ENFANTS EN FONCTION DE L'IMPORTANCE DE LEURS TROUBLES

Certains enfants nous l'avons vus sont désignés par l'Equipe de "cas lourds" ; il s'agit d'enfants qui, de par leur comportement exigent de la part de l'Equipe un effort particulier, souvent en permanence. Ces enfants qui représentent 42 % de l'effectif :

- sont ceux qui multiplient les passages à l'acte, les provocations agressives
- les perpétuels opposants et boudeurs
- les enfants qui, particulièrement dépendants, restent "collés" à leur éducateur et en particulier ceux qui régressent d'une façon massive perdant en particulier toute discipline sphinctérienne
- et aussi les enfants extrêmement angoissés et qui angoissent.

A l'ouverture de l'Hôpital de Jour, la plupart des "cas lourds" étaient du premier type. En 1971-1972, 70 % d'entre eux sont des psychotiques.

LA QUESTION DU NIVEAU INTELLECTUEL

Sans revenir à la discussion sur la valeur générale du QI, signalons que le niveau moyen des enfants testés (78 %) est de 90, avec des extrêmes de 45 et 113. A côté de cela les enfants non testables représentent 22 % de la population considérée, il s'agit 7 fois sur 10 de psychotiques et toujours de "cas lourds".

LES PRISES EN CHARGE INDIVIDUELLES

. Psychothérapies : 65 % des enfants ont été (avant, pendant ou après leur séjour) en psychothérapie

parmi ces enfants, on retrouve sensiblement les mêmes proportions qui existent sur l'ensemble des enfants en fonction du diagnostic

- 67 % présentent des troubles névrotiques
- 31 % présentent des troubles psychotiques sur l'ensemble des enfants névrosés 60 % ont été en psychothérapie, sur l'ensemble des psychotiques 50 % ont été en psychothérapie.

L'expérience des cinq années conduit à réfléchir sur ces chiffres : il était habituel avant de mettre un enfant en psychothérapie d'attendre l'effet de la thérapeutique institutionnelle.

- pour la plupart des enfants présentant des troubles psychotiques, cette thérapeutique, par les repères qu'elle offre, tant dans le domaine du temps et de l'espace que dans celui des relations avec les personnes (immuabilité de l'emploi du temps d'un jour à l'autre, unité des lieux, présence permanente des mêmes personnes) permet à elle seule la restructuration de la personnalité et l'intégration relativement rapide d'une réalité rassurante. Ultérieurement, la psychothérapie sur ce terrain ainsi préparé permet si besoin en est, d'intégrer les fantasmes archaïques et d'accéder aux processus secondaires.
- pour les enfants qui présentent des troubles névrotiques, l'effet sécurisant du milieu n'apporte pas toujours de résultats aussi spectaculaires et l'on est souvent déçu, au bout de plusieurs mois de constater un piétinement de l'évolution qui surprend étant donné la complexité du dispositif thérapeutique utilisé.

Depuis l'an passé, on s'oriente vers une prise en charge systématique de la quasi totalité des enfants névrosés en psychothérapie dès leur entrée à l'Hôpital de Jour. Il faut noter que paradoxalement,

un calcul global de la moyenne du temps de séjour pour les enfants aux troubles psychotiques et ceux aux troubles névrotiques donnait des chiffres sensiblement égaux et que, sur les 11 sortis après une prise en charge longue, c'est-à-dire au-delà de 2 ans 6 mois on retrouve 6 névrosés (dont un dysharmonique) qui n'avaient pas eu de psychothérapie précoce.

. Thérapies à médiation instrumentale
- elles concernent un enfant sur deux
- sur dix enfants ainsi pris en charge
  . 5 sont en rééducation du langage
  . 3 en rééducation de la psychomotricité
  . 2 en rééducation de l'orthographe
  - 1 est à la fois en psychomotricité et en orthophonie
  - 2 sont à la fois en rééducation instrumentale et en psychothérapie.

POST-CURE :

La prise en charge de post-cure intéresse 15 % des sorties, il s'agit principalement de psychothérapies d'enfant ou d'un parent.

CHIMIOTHERAPIE :

20 % des enfants ont ou ont eu des médiations psychotropes (neuroleptiques) et depuis l'ouverture cette proportion a beaucoup diminué.

CONCLUSION

L'Hôpital de Jour de la Fondation Vallée tel que nous l'avons présenté n'est certes pas destiné à toutes les catégories d'enfants inadaptés. C'est ainsi que les troubles fixés n'en sont pas justiciables, pas plus d'ailleurs que les cas où l'environnement est trop défavorable à l'existence d'une famille, et d'une famille accessible constituant une condition sine qua non impliquée par les modalités de la prise en charge originale de l'Hôpital de Jour.

Structure hautement différenciée, tant par le chiffre relativement élevé du rapport soignants/soignés que par la haute qualification de son équipe et son extrême diversification, l'Hôpital de Jour est, comme les chiffres le montrent d'une façon éclatante, un outil thérapeutique à haut rendement, à condition que l'indication en soit correctement pesée : enfant présentant des troubles mentaux évolutifs, sans déficit fixé, dont le milieu familial est mobilisable, dépisté avec suffisamment de précocité pour que son évolution soit rapide.

Ce genre de prise en charge est le reflet de l'évolution moderne de la Psychiatrie dans tous ses domaines, où les structures de soins sont de plus en plus ouvertes sur le monde extérieur. Depuis l'ouverture de l'Hôpital de Jour, les demandes de placement en internat, dans la région qui nous intéresse sont dix fois moins nombreuses. L'insertion de l'Hôpital dans le secteur amplifie sa portée en le connectant avec toutes les autres structures de soins qui existent.

Il faut regretter que les moyens ne soient pas encore proportionnels à la demande : en effet il y a pour chaque place qui se libère à l'Hôpital de Jour plus de quatre candidatures valables, ce problème de la rareté a conduit comme nous l'avons vu à être très stricts sur les critères de prise en charge. Il faut espérer que dans les années à venir les lacunes soient comblées afin que toutes les demandes puissent être satisfaites. Ainsi, il sera possible d'aller encore plus loin, d'élargir les indications, d'approfondir la diversification, d'étendre le champ de la recherche dans des établissements tels que les Hôpitaux de Jour.

BIBLIOGRAPHIE

SOMMAIRE

- AJURIAGUERRA (J. de) Manuel de Psychiatrie de l'Enfant, Masson Paris 1970

- P. BOURDIER et Ilse BARANDE : Les Psychothérapies d'Enfant (in Encyclopedie Medico-Chirurgicale Psych)

- DECOBERT (S.) et DIATKINE (R.) Hygiène mentale à l'âge scolaire (in Encyclopedie Medico-Chirurgicale Psych)

- DIATKINE (R.) et FAVREAU (J.) Le Psychiatre et les Parents, in Psych. de l'Enfant vol III n° pp 257 et 269 Paris 1960

- FAVREAU (J.) et DOUMIC (A.) Psychanalyse et Education in Psychanalyse d'aujourd'hui - pp 287 - 318 Paris P.U.F. 1956 - 2 vol.

- FREUD (A.) Psychanalyse and Education in P.A.S. of the Child, Vol IX - 1954

- Information Psychiatrique : N° spécial - la Fondation Vallée - vol 47 n° 6 - Lyon, oct. 71

- KLEIN (M.) The Role of the School in the Libidinal Developpement of the Child (1923) International Journal of Psychoanalysis vol V - 1924

- KLEIN (M.) a Contribution to the Theory of Intellectuel Inhibition (Internat. Journal of Psycho Analysis vol XII, 1931)

- KRIS (E.) Psychoanalysis and Education P.A.S. of the Child 1951 - T IX

- LEBOVICI (S.) et SOULE (M.) la connaissance de l'enfant par la psychanalyse P.U.F. Paris 1970

- MISES (R.) A propos des bases théoriques de l'Hôpital de Jour (Conférence présentée aux Journées de Psychiatrie Infantile de Montréal - mars 1957)

- RACAMIER (P.C.) et coll. : Le Psychanalyste sans divan . Paris Payot

- Revue du Praticien : Psychoses infantiles, Paris 11 sept. 1970 tome XX n° 23

- ROUART (J.) NARLIAN (R.) SIMON (J.) l'échec scolaire, étude clinique structurale et dynamique. Psych. de l'Enfant t. III fas 2, pp 333 - 403 - Paris Payot 1960

TABLE DES MATIERES

Avant propos	Page 8
Introduction	P. 10
Situation géographique, les Locaux	P. 13
L'Equipe et le Secteur	P. 15
Les Activités Scolaires	P. 25
La journée à l'Hôpital de Jour	P. 28
Le Fonctionnement de l'Equipe	P. 31
Les Relations avec la Famille	P. 37
Du Signalement à la Sortie	P. 43
Données numériques	P. 50
Conclusion	P. 57
Bibliographie	P. 59